

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. POS PELAYANAN TERPADU**

##### **1. Pengertian**

Keberhasilan Posyandu tidak lepas dari kerja keras para kader yang dengan sukarela mengelola Posyandu di Wilayahnya masing-masing. Keberadaan Posyandu tidak saja diakui secara Nasional, namun telah membuka mata dunia Internasional, sehingga banyak Negara yang menyempatkan diri datang ke Indonesia untuk mempelajari lebih dalam tentang Posyandu. ( BPK Posyandu, 2005 ).

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat yang pada dasarnya merupakan salah satu wujud partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, tempat masyarakat serta sekaligus dapat memperoleh pelayanan KB, KIA, Gizi, Imunisasi dan penanggulangan diare pada waktu dan tempat yang sama . Posyandu merupakan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari Puskesmas ( Warta Posyandu, 1998 ).

Posyandu merupakan upaya kesehatan yang berasal dari sumber daya masyarakat. Jenis kegiatan pelayanan yang dapat dilakukan di Posyandu cukup sederhana sesuai kemampuan masyarakat pada umumnya, namun keberadaannya mempunyai nilai strategis terutama dalam upaya angka kematian bayi, meningkatkan kesejahteraan balita dan masyarakat.

Pertumbuhan jumlah Posyandu belum sejalan dengan hasil cakupan pelaksanaan program, yang menunjukkan bahwa tidak semua Posyandu berfungsi efektif. Hal ini dapat dilihat dari indikator bahwa kunjungan masyarakat untuk memfaatkan Posyandu, umumnya masih kurang. ( Warta Posyandu, 1998 )

## 2. Tujuan Posyandu

Keberhasilan Posyandu akan tampak dengan meningkatnya partisipasi masyarakat dan status gizi anak balita di wilayah kerja Posyandu tersebut.

Tujuan Posyandu adalah sebagai berikut :

- a. Mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak balita serta memelihara dan meningkatkan kesehatan bayi, anak balita.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan pasangan usia subur
- c. Mempercepat penerimaan Norma Keluarga Kecil Sehat dan Sejahtera
- d. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengembangkan kegiatan kesehatan serta kegiatan lain yang menunjang untuk berperilaku hidup sehat.
- e. Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan penduduk.
- f. Peningkatan dan pembinaan partisipasi masyarakat dalam alih teknologi untuk swakelola usaha-usaha kesehatan masyarakat. ( Warta posyandu, 1998 )

## 3. Sasaran Posyandu

- a. Bayi berusia antara 0-12 bulan
- b. Anak Balita usia 1-5 tahun
- c. Ibu Hamil, Ibu Melahirkan, Ibu Nifas dan Ibu Menyusui
- d. Pasangan Usia Subur (PUS)

## 4. Ciri - ciri Posyandu

Ciri-ciri Posyandu meliputi sebagai berikut :

- a. Memiliki suatu wilayah kerja tertentu.
- b. Mempunyai anggota .
- c. Ada kegiatan program terpadu yaitu KIA, KB, Imunisasi, penanggulangan diare
- d. Ada kontak dengan pelayanan tenaga profesional.

e. Peran lintas sektor.

### **5. Kegiatan Posyandu**

Kegiatan pelayanan gizi di posyandu pada umumnya :

- a. Penyuluhan Gizi
- b. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak dengan menggunakan KMS melalui penimbangan bulanan balita.
- c. Pemberian paket pertolongan gizi berupa : tablet besi untuk bumil, pemberian kapsul iodium utamanya di daerah rawan Gaky, pemberian kapsul vitamin A untuk anak balita & Bufas.
- d. PMT sumber energi & protein bagi yang terkena KEP
- e. Pemantauan terhadap perkembangan kehamilan & persiapan persalinan.
- f. Pencatatan dan pelaporan.
- g. Deteksi dini WUS resiko KEP

Posyandu melaksanakan 5 program kesehatan dasar yakni: KB, kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare (Sejarah Promosi Kesehatan, [www.promosikesehatan.com](http://www.promosikesehatan.com)). Pelayanan Posyandu menganut sistem 5 meja, dengan urutan sebagai berikut:

Meja 1: Melayani pendaftaran bagi para pengunjung Posyandu, yang dikelompokkan menjadi 3 yakni: bayi dan anak balita, Ibu hamil dan menyusui, dan PUS (pasangan usia subur). Pelayanan meja 1 dilakukan oleh kader kesehatan.

Meja 2: Melayani penimbangan bayi, balita, dan ibu hamil, dalam rangka memantau perkembangan bayi, balita, dan janin dari ibu yang sedang hamil, yang dilayani oleh kader kesehatan.

Meja 3: Melayani pencatatan hasil dari penimbangan dari Meja 2 didalam KMS (kartu menuju sehat), baik KMS bayi / balita maupun KMS ibu hamil, juga dilayani oleh kader.

Meja 4: Melakukan penyuluhan kepada ibu bayi/balita dan ibu hamil, sebagai tindak lanjut dari hasil pemantauan status gizi, balita dan ibu hamil, dan KB. Meja ini dilayani oleh petugas atau kader.

Meja 5: Dilakukan pelayanan oleh petugas medis / para medis dari Puskesmas untuk imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, atau pengobatan bagi yang memerlukan, dan periksa hamil. Bila terdapat kasus yang tidak dapat ditangani oleh Posyandu, mereka akan dirujuk ke Puskesmas.(Sejarah Promosi Kesehatan, [www.promosikesehatan.com](http://www.promosikesehatan.com)).

Jenis Kegiatan pelayanan di Posyandu meliputi :

1). Pelayanan Gizi, berupa :

- a. Penyuluhan gizi perorangan maupun kelompok. Penyuluhan gizi perorangan dikaitkan dengan hasil penimbangan anak balita di meja 4. Penyuluhan gizi kelompok disertai dengan pemberian makanan tambahan untuk anak balita. Penyuluhan gizi kelompok juga dilakukan di luar jam buka Posyandu.
- b. Penimbangan balita bulanan, dilakukan terjadwal, untuk memantau tumbuh kembang anak.
- c. Rujukan anak balita status gizi buruk dengan catatan hasil penimbangan pada KMS berada di bawah garis merah atau dengan berat badan menunjukkan penurunan atau tidak naik selamam 3 bulan berturut-turut berkunjung ke Puskesmas.
- d. Distribusi terjadwal kapsul vitamin A pada waktu posyandu buka maupun di luar posyandu. Anak balita setiap 6 bulan sekali mendapat kapsul vit A.
- e. Pemberian tablet besi pada ibu hamil

2). Pelayanan KIA :

- a. Penyuluhan, perorangan maupun kelompok terhadap wanita

- b. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil
  - c. Rujukan kasus ibu hamil dengan resiko kelahiran
  - d. Pemeriksaan kesehatan anak
  - e. Pelayanan KB, meliputi :
  - f. Penyuluhan, perorangan maupun kelompok terhadap wanita pasangan usia subur. Kegiatan ini dilakukan terjadwal, di luar hari buka posyandu
  - g. Rujukan kasus baru maupun kasus dengan komplikasi
  - h. Penanggulangan diare
  - i. Pelayanan Imunisasi, berupa :
  - j. Pemberian imunisasi pada anak balita
  - k. Pemberian imunisasi pada ibu hamil
- (Depkes RI , 2002).

#### **6. Masalah Yang Terkait Terhadap Pelaksanaan Program Posyandu.**

- a. Keengganan masyarakat untuk datang ke Posyandu lebih disebabkan karena masih kurang mendapatkan informasi yang lengkap tentang posyandu. Adanya revitalisasi posyandu diharapkan kader dapat lebih maksimal dalam kinerjanya sehingga program jangkauan posyandu lebih luas dari sebelumnya. Keefektifan posyandu disebabkan, pelayanan yang ada bukan hanya pelayanan kesehatan saja, tetapi pelayanan lain seperti pelayanan informasi-informasi yang harus diserap oleh masyarakat. Dalam posyandu juga terdapat program bina keluarga, balita dan pendidikan anak usia dini. Dengan keberadaan program tersebut, diharapkan masyarakat akan lebih sering datang ke posyandu, karena di posyandu tidak hanya mendapatkan manfaat dari segi kesehatan namun juga mendapat manfaat lain. "Posyandu dapat dikatakan menjadi ujung tombak pelayanan dan pemberdayaan terhadap masyarakat yang berada di tingkat paling bawah, segala permasalahan bisa terdeteksi"

b. Penyuluhan-penyuluhan terhadap masyarakat terkait dengan posyandu maupun program pelayanan kesehatan masih belum dilakukan

c. Kader dipilih dengan penunjukan dan pelatihan kader yang dilaksanakan dalam waktu singkat. Selain itu pelatihan kader juga kurang berjalan dengan intensif karena pengembangan jumlah posyandu harus cepat .

## 7. Pencapaian Program Posyandu

### a. Pengertian 5 Indikator SKDN

Balok SKDN merupakan balok-balok yang memberikan gambaran mengenai keberhasilan kegiatan program di suatu wilayah kerja (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 1994). Pencapaian 5 Indikator balok SKDN adalah suatu pencapaian sasaran atau program-program posyandu yang telah ditargetkan dengan mengukur pada 5 indikator. SKDN sendiri merupakan hasil pemantauan pertumbuhan Balita suatu wilayah.

Tingkat pencapaian Program Posyandu salah satunya adalah SKDN sebagai indikator pokok untuk mengukur keberhasilan kegiatan penimbangan

Balita khususnya dan bahkan untuk mengukur angka keberhasilan Program UPKG pada umumnya. Hasil penimbangan bulanan balita dapat dimanfaatkan untuk pemantauan pertumbuhan, selain itu beberapa data di posyandu dapat juga dimanfaatkan untuk pengelolaan program (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2002).

b. Pengelolaan program di sini bertujuan untuk :

1. Kegiatan memotivasi masyarakat agar berpartisipasi dalam kegiatan posyandu dengan indikator yang didasarkan pada data S dan D.
2. Menghitung ketersediaan dan kebutuhan KMS dalam rangka menunjang kegiatan pemantauan pertumbuhan yang didasarkan pada data S dan K.

Arti dari masing-masing SKDN jika berdiri sendiri belum banyak artinya. Setiap Indikator SKDN memiliki implikasi apabila

dibandingkan dengan indikator-indikator lain di dalamnya. Indikator dalam SKDN mencakup :

S = jumlah seluruh balita di masing-masing tingkatan yaitu posyandu, desa, puskesmas, dan kecamatan.

K= jumlah balita yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) di masing-masing tingkatan pada bulan ini.

D= jumlah balita yang datang ke posyandu dan timbang pada bulan ini di masing-masing tingkatan (Direkt Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2002).

N= jumlah balita yang telah ditimbang dan naik berat badannya pada bulan ini di masing-masing tingkatan (Abas Basuni Jahari, 2002).

Data ini disajikan dalam bentuk % K/S dan % D/S untuk desa, puskesmas, dan kecamatan. Sedangkan data untuk pemantauan pertumbuhan balita di suatu wilayah disajikan dalam bentuk % N/D (Abas Basuni Jahari, 2002). Indikator – indikator yang paling penting dalam data-data SKDN sebagai berikut :

a. K/S (LiputanProgram)

Merupakan suatu indikator dalam mengukur kemampuan program untuk menjangkau balita yang ada di masing-masing wilayah tersebut.

Merupakan indikator mengenai liputan program di suatu wilayah tertentu.

Pengukuran Liputan Program ini dengan cara membagi jumlah balita yang sudah terdaftar dan memiliki KMS di masing-masing tingkatan pada suatu bulan (K) dengan jumlah balita yang ada (S). Penyajian data tersebut dalam bentuk perbandingan sederhana dengan nilai indikator % K/S.(Depkes, 2002).

b. D/S (Partisipasi masyarakat)

Merupakan suatu indikator untuk mengukur partisipasi masyarakat yang dapat dihitung dengan membagi jumlah balita yang datang ditimbang 10 bulan itu dengan jumlah balita yang ada di penimbangan.

Merupakan indikator yang menggambarkan sampai di mana partisipasi masyarakat dengan datang untuk menimbang anaknya. Tingkat partisipasi masyarakat dihitung dengan cara membagi jumlah balita yang ditimbang (D) dengan jumlah seluruh balita yang ada dalam kelompok penimbangan dikalikan 100 % (Sri Hartini, 1983).

c. D/K (Tingkat kelangsungan Penimbangan)

Merupakan indikator tentang tingkat kemantapan pengertian dan motivasi Orang tua balita untuk menimbang anaknya secara teratur setiap bulannya.

Angka K dimaksudkan untuk mengetahui berapa dari sasaran yang telah berhasil dicatat sebagai peserta penimbangan dan diber KMS (Sri hartini, 1983).

D/K merupakan indikator motivasi orang tua balita dalam membawa balitanya untuk datang ke posyandu dan ditimbang pada bulan tertentu di masing-masing tingkatan. Pengukuran kelangsungan penimbangan balita dapat dihitung dengan membagi jumlah balita yang ditimbang (D) dengan jumlah balita yang telah terdaftar dan memiliki KMS (K). Penyajian data tersebut dalam bentuk perbandingan sederhana dengan nilai indikator % D/K (Depkes, 2002).

d. N/D (Hasil Penimbangan Balita)

Hasil penimbangan balita merupakan suatu indikator keadaan gizi balita pada bulan itu di dalam wilayah posyandu tersebut. Hasil penimbangan merupakan indikator keadaan gizi balita pada suatu waktu (bulan) dan wilayah tertentu. Tingkat kecenderungan ini bisa



dihitung dengan membagi jumlah yang ditimbang bulan ini dikalikan 100 % (Sri Hartini, 1983).

Perhitungan lebih halus yaitu dengan mempertimbangkan jumlah balita yang baru pertama kali ditimbang (B) dan jumlah balita yang ditimbang bulan ini tetapi tidak ditimbang pada bulan lalu (O) sehingga :

$$\frac{N}{D - B - O} \times 100\%$$

Keterangan :

N= Jumlah balita yang naik berat badannya

D= Jumlah balita yang dihitung/ditimbang berat badannya

B= Balita yang baru pertama kali ditimbang

O= Jumlah balita yang hadir bulan ini tapi tidak hadir dibulan lalu

e. N/S (Hasil pencapaian program)

Indikator ini digunakan untuk melihat tingkat hasil pencapaian program UPGK di suatu wilayah. Prosentase( %) N/S digunakan untuk melihat tingkat pencapaian Program posyandu. Pencantuman angka S dimaksudkan agar program dapat mencapai seluruh balita di wilayah kerja karena S adalah target sasaran yang harus dicapai. Mengingat bahwa sasaran program adalah seluruh anak balita maka dalam laporan SKDN perlu ditekankan adanya laporan besarnya N/S, besar kecilnya N/S memberikan gambaran berapa besar program tercapai (Sri Hartini, 1983).

Pengukuran hasil pencapaian program ini dengan cara membagi jumlah balita yang naik Berat badannya (N) dengan jumlah balita seluruhnya yang mempunyai KMS dikalikan 100 %(Sri Hartini, 1983). Sedangkan target rata-rata pencapaian Balita yang naik berat badannya (N) tahun 2005 dan Balita yang naik berat badannya (N) tahun 2006 di kota Malang berdasarkan (Standart

Pelayanan Minimal) kota/kabupaten di Jatim adalah 69 % dan 70 % (Keputusan Gubernur Jatim, 2004).

Indikator (N/S) digunakan untuk melihat tingkat pencapaian Program posyandu. Program posyandu dikatakan ideal bila  $N = D = K = S$  (Direktorat Gizi, 1982). Semakin tinggi perbandingan N terhadap S berarti semakin maju pencapaian programnya. Balok SKDN ini bisa diisi oleh kader dan laporan SKDN dikirimkan sampai ke tingkat kabupaten dan propinsi juga sampai ke tingkat pusat (Sri Hartini, 1983).

Penyajian SKDN bisa dalam bentuk diagram balok setiap bulan juga harus dibuat laporan dengan mengisi formulir laporan bulanan SKDN. Sebagai bahan laporan disediakan buku register yang mencatat angka-angka S, K, D, N selain itu masih ada notasi-notasi lain seperti :

B : diberikan bagi balita yang baru pertama kali ditimbang.

T : diberikan bagi balita yang tidak naik timbangan berat badannya ( berat badan turun, tetap atau bertambah tetapi pindah ke pita warna yang lebih muda).

O : diberikan bagi balita yang bulan ini ditimbang tetapi bulan lalu tidak, sehingga tidak diketahui naik tidaknya berta badannya.

$\Delta$  : diberikan bagi balita yang berat badannya berada di bawah garis merah pada KMS.

- : diberikan bagi balita yang tidak hadir menimbang bulan ini

(Sri Hartini, 1983)

Standart pencapaian SKDN menurut Depkes (2004) sebagai berikut :

$K/S = 100 \%$

$D/S = 80 \%$

$D/K = 80 \%$

$N/S = 60 \%$

$N/D = 80 \%$

## **8. Tingkat Perkembangan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat)**

Tingkat perkembangan UKBM merupakan ukuran perkembangan suatu UKBM yang dapat menunjukkan suatu kualitas ukuran tertentu. Pada umumnya tingkat perkembangannya, yaitu : PRATAMA, MADYA, PURNAMA, MANDIRI.

Tumbuh berkembangnya UKBM merupakan indikator peran serta masyarakat, oleh karena itu perlu terus dipantau jumlah dan perkembangannya. Tujuan umum dari pengukuran ini nantinya akan didapatkan gambaran kondisi peran serta masyarakat dalam mendukung pembangunan kesehatan melalui Tingkat perkembangan UKBM. Sedangkan tujuan khususnya adalah mengukur perkembangan peran serta masyarakat, menentukan intervensi, dan memberikan masukan untuk perencanaan program UKBM.

Dengan menentukan tingkat perkembangan UKBM, maka dapat diketahui bahwa pada kategori :

- a. Pratama, yaitu UKBM yang baru terbentuk atau UKBM yang tergolong hidup segan mati tak mau, sehingga pola bimbingan dan pembinaan lebih intensif.
- b. Madya, yaitu UKBM yang sudah berjalan tercapai cakupannya masih rendah.
- c. Purnama, yaitu UKBM yang sudah berjalan teratur tapi cakupannya masih rendah.
- d. Mandiri, yaitu UKBM yang sudah berjalan teratur, dengan beberapa program pengembangan dengan swadaya masyarakat yang tinggi sehingga cakupannya pun cukup tinggi .

Di Propinsi Jawa Timur tingkat perkembangan UKBM diterapkan dengan menghitung skor hasil pengisian format pengukuran UKBM sebagai berikut :

Posyandu :

Pratama      Nilai (<60)

Madya	Nilai (61-74)
Purnama	Nilai (75-94)
Mandiri	Nilai (95-100) (Dinkes Propinsi Jatim, 2005)

## **B. UPGK ( Usaha Perbaikan Gizi Keluarga )**

### **1. Pengertian**

Merupakan usaha keluarga untuk memperbaiki gizi seluruh keluarga yang dilaksanakan oleh keluarga bersama masyarakat dengan bimbingan petugas kesehatan sebagai bagian dari pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan (Direktorat Gizi, 1982).

### **2. Tujuan UPGK**

- a. Partisipasi dan pemerataan kegiatan oleh seluruh anggota masyarakat, seluruh dukuh, semua balita, Ibu hamil, dan Ibu Menyusui.
- b. Perilaku yang mendukung perbaikan gizi
- c. Perbaikan gizi balita. (Direktorat Gizi, 1982).

Dalam penyelenggaraan UPGK, masyarakat berperan lebih besar pada kegiatan yang bersifat peningkatan dan pencegahan. Sedangkan instansi kesehatan berperan besar pada kegiatan yang bersifat pengobatan dan pemulihan melalui sistem rujukan (RP3JPK, 1983).

### **3. Kegiatan UPGK**

Kegiatan UPGK antara lain :

- a. Penimbangan balita setiap bulan
- b. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil
- c. Penyuluhan gizi dan kesehatan
- d. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) & kapsul Vitamin A untuk anak balita
- e. Pemberian tablet besi untuk ibu hamil triwulan III
- f. Pelayanan Anak balita gizi buruk
- g. Pencatatan dan pelaporan gizi

### C. SIKAP IBU

Sikap seseorang terhadap suatu objek selalu berperan sebagai perantara antara responnya dan objek yang bersangkutan. Respon diklasifikasikan kedalam 3 macam yaitu respon kognitif, (respon perceptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respon efektif (respon syaraf simpatetik dan pernyataan afeksi), serta respon perilaku atau konatif (respon berupa tindakan dan pernyataan mengenai perilaku). (Saifuddin Azwar, 1997).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap sesuatu atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulasi tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulasi sosial.

Sikap belum merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk beraksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek

Sikap seseorang bisa terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

1. Menerima (Receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulasi yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu ceramah-ceramah tentang gizi.

2. Merespon (Responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah satu indikasi dari sikap, karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang

diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, artinya itu telah menerima ide tersebut.

### 3. Menghargai (Valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya : seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

## **D. PENGETAHUAN GIZI IBU**

Tingkat pengetahuan gizi Ibu adalah taraf kemampuan ibu mengingat dan menyatakan konsep, prinsip, dan informasi mengenai gizi sesuai dengan materi yang pernah diterima atau diketahui sebelum wawancara dilakukan (Kuntjaraningrat, 1984). Pengetahuan adalah sejenis informasi yang diperoleh secara terbiasa terhadap suatu objek yang akan dinyatakan oleh seseorang atau kelompok tentang hal yang diketahui (Suprpti, 1998 ).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003) pengetahuan dalam domain kognitif dibedakan atas beberapa tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (*know*) diartikan sebagai kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya terhadap obyek dari seluruh rangsangan yang diterima, tahu merupakan tingkatan yang paling rendah
- b. Memahami (*comprehension*) yang diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjalankan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat mengintrepretasikan materi secara benar
- c. Aplikasi (*application*) yang diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu areal.

- d. Analisa (*analysis*) yang diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen, tetapi masih dalam suatu struktur orang tersebut dan ada kaitan satu sama lainnya
- e. Sintesis (*synthesis*) yang diartikan sebagai suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru
- f. Evaluasi (*evaluation*) merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi/obyek yang berdasarkan pada suatu kriteria tersendiri atau suatu kriteria yang sudah ada sebelumnya.

Suhardjo (1996) menyatakan bahwa suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi di dasarkan pada tiga kenyataan :

- a. Status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan
- b. Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal pemeliharaan & energi.
- c. Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan yang baik bagi perbaikan gizi.

Pengetahuan gizi ibu dapat diperoleh melalui pengalaman, media massa, pengaruh kebudayaan atau pendidikan baik formal yaitu jenjang pendidikan umum, merupakan kejuruan atau informal yaitu lewat berbagai jalan atau program yang dikenal dengan istilah penyuluhan ( Aida Vitalaya & Safri Hubris, 1989). Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Penyebab penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Hermina , 1992).

Bagian penting dari gizi adalah penerangan. Tiadanya daya beli merupakan suatu kendali, tetapi defisiensi gizi akan banyak berkurang bila

orang mengetahui bagaimana menggunakan sumber yang ada. Cecily Williams, orang pertama yang menggambarkan kwasiorkhor, melaporkan bahwa di Afrika Barat gizi salah bukanlah disebabkan oleh kemiskinan, tetapi oleh karena kekurangan pengetahuan akan kebutuhan gizi seorang anak (Alan Berg, 1987).

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai gizi adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Lain sebab yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 1996).

Sebelum seseorang berperilaku baru ia harus terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi diri dan keluarganya. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Soekidjo Notoadmodjo, 2003). Menurut Suhardjo (1996), pengetahuan gizi berpengaruh oleh berbagai faktor di samping pendidikan yang pernah dijalani, faktor lingkungan sosial & frekuensi kontak dengan media massa juga mempengaruhi pengetahuan gizi yang diperoleh.

Menurut Wield Hari Apiadi (1987), tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh dari keperluan gizinya, pendidikan ini diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi di dalam keluarga dan mengambil tindakan secepatnya. Peningkatan tingkat pendidikan akan meningkatkan pengetahuan kesehatan dan gizi yang selanjutnya akan menimbulkan sikap positif, keadaan ini akan mencegah masalah gizi yang tidak diinginkan.

Pendidikan gizi keluarga merupakan kunci pembuka pintu gerbang. Di dalam keluarga biasanya ibu memiliki peran dalam mengatur makanan keluarga oleh karena itu ibu merupakan sasaran utama pendidikan gizi keluarga. Pendidikan gizi keluarga bertujuan mengubah perbuatan-



perbuatan orang yang keliru yang mengakibatkan bahaya gizi kurang, misalnya dengan memberi pengetahuan kepada ibu ( Sajogjo, 1994). Pendidikan mempunyai peran penting dalam perbaikan makanan serta membantu penduduk akan mengetahui pentingnya makanan bagi kesehatan dan bagaimana menyusun hidangan yang seimbang dengan uang yang tersisa sehingga dapat bekerja lebih kuat (Djaeni Sediaoetama, 1997).

Pendidikan gizi merupakan proses untuk memperkenalkan kepada masyarakat nilai sumber yang ada dan menganjurkan mereka agar mengubah kebiasaan makan sehingga patuh mendapat perhatian mendalam sebagai suatu unsur dalam strategi gizi yang menyeluruh (Alan Berg,1987).

## **E. PARTISIPASI MASYARAKAT**

### **1. Pengertian Partisipasi Masyarakat**

Partisipasi masyarakat adalah suatu motivasi yang tumbuh dari individu, keluarga maupun masyarakat umum sehingga ikut bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga ataupun masyarakat. Partisipasi yang telah mencakup semua tahap pengenalan masalah sampai pada tahap penilaian dan pembinaan, dengan perkataan lain partisipasi masyarakat adalah keadaan keterlibatan masyarakat secara aktif dalam pengenalan masalah, perencanaan, pelaksanaan, penilaian dan pembinaan (Depkes RI, 1995)

Secara khusus partisipasi masyarakat dalam kegiatan penimbangan dapat diartikan sebagai tingkat kehadiran ibu dalam kegiatan penimbangan, anak balita tidak selalu diantar oleh ibu sendiri tetapi bisa juga oleh kakak atau neneknya

Partisipasi masyarakat (D/S) merupakan indikator yang menunjukkan sampai sejauh mana tingkat partisipasi masyarakat dan orang tua balita pada penimbangan balita setiap bulan di Posyandu. Tingkat partisipasi masyarakat ini diperoleh dengan cara membagi Jumlah balita yang

ditimbang (D) dengan jumlah balita yang ada (S) dikalikan 100% Atau  $D/S \times 100\%$  Tinggi rendahnya indikator kelangsungan penimbangan antara lain dipengaruhi oleh aktifitas Kader Posyandu dan aktifitas tokoh masyarakat, penerimaan masyarakat terhadap kegiatan Posyandu dan dukungan pamong. (Depkes Jatim, 2000).

Usaha bersama-sama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya pada masyarakat pedesaan, merupakan suatu bentuk pemeliharaan kesehatan essential yang diusahakan dapat menjangkau masyarakat melalui partisipasi penuh dan dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk mempertahankan semangat self reliance.

## **2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Partisipasi Masyarakat.**

### **a. Faktor-faktor Pendorong Partisipasi Masyarakat**

Faktor-faktor dalam partisipasi masyarakat dapat dijumpai pada masyarakat dan sebagian di provider yaitu :

- \* Faktor pendorong dari masyarakat yakni nilai-nilai semangat gotong royong yang telah ada dalam masyarakat dan turun temurun diwariskan dari nenek
- \* Faktor pendorong di pihak provider yakni adanya kesadaran dilingkungan provider bahwa perilaku merupakan factor penting dan besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan. Disamping itu keterbatasan sumber daya dari pihak provider juga merupakan faktor yang merupakan factor yang sangat mendorong pihak provider untuk mengembangkan dan membina partisipasi masyarakat.

### **b. Faktor-faktor Penghambat Partisipasi Masyarakat**

Faktor-faktor Penghambat dalam Partisipasi Masyarakat dapat dijumpai di masyarakat dan juga sebagian di provider yaitu :

- \* Faktor penghambat yang terdapat di masyarakat

- Persepsi masyarakat yang sangat berbeda dengan persepsi provider tentang masalah kesehatan
  - Susunan masyarakat yang sangat heterogen dengan kondisi sosial budaya yang sangat berbeda-beda pula.
  - Pengalaman pahit masyarakat tentang program sebelumnya.
  - Sistem pengembalian keputusan dari atas ke bawah
  - Adanya berbagai macam kesenjangan sosial.
  - Kemiskinan
- \* Faktor penghambat yang terdapat pada provider
- Terlalu mengejar target hingga terjerumus dalam pendekatan yang tidak partisipatif.
  - Pelaporan yang tidak objektif hingga provider keliru dalam menafsirkan situasi.
  - Birokrasi yang sering memperlambat kecepatan dari ketepatan respon pihak provider terhadap perkembangan masyarakat.
  - Persepsi yang berbeda antara provider dengan masyarakat (Depkes RI, 2000)